



WALIKOTA TARAKAN  
PROVINSI KALIMANTAN UTARA

PERATURAN WALIKOTA TARAKAN  
NOMOR 8 TAHUN 2017  
TENTANG  
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH MANTRI RAGA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA TARAKAN,

- Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
- b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu dibuatkan Peraturan Internal rumah sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
- c. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu

menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga;

- Mengingat
- : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1997 Tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Tarakan;
  2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
  3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
  4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
  5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapakali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
  6. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan;
  7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
  8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
  9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
  10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
  11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
  12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;

13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
15. Peraturan Walikota Tarakan Nomor 15 Tahun 2015 tentang Pelayanan Rumah Sakit Umum Kota Tarakan;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MANTRI RAGA.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Tarakan.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom Kota Tarakan.
3. Walikota adalah Walikota Tarakan.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga.
5. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by laws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate by laws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff by laws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*). Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
6. Peraturan Internal Korporasi (*corporate by laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.

7. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff by laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
8. Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili Pemilik, terdiri dari Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan Pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola dan memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam menjalankan kegiatan pengelolaan Rumah Sakit.
9. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga.
10. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
11. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medico etiko legal* dan etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan "*hospital by laws*" dan "*medical staff by laws*", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga.
12. Satuan Pemeriksa Internal adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga.
13. Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga.
14. Dokter/Dokter Gigi adalah dokter/dokter gigi dan/atau dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga.
15. Dokter Tetap atau Dokter Purna Waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga.
16. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di

Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.

17. Dokter Kontrak adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak di Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
18. Subkomite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga atas usul Komite Medik.
19. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
20. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
21. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
22. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
23. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
24. Mitrabestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
25. Pendidikan dan pelatihan adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di Rumah Sakit dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis dan juga tenaga administrasi, dimana Peserta Didik didampingi oleh Tenaga Klinis dan Non Klinis

## BAB II

### NAMA, VISI MISI, NILAI DAN MOTTO RUMAH SAKIT

#### Bagian Kesatu

##### Nama

#### Pasal 2

Nama rumah sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga, milik Pemerintah Daerah.

#### Bagian Kedua

##### Visi dan Misi

#### Pasal 3

Visi Rumah Sakit yaitu "Terwujudnya Pelayanan yang Berkualitas dan Berkeadilan Demi Terciptanya Kepuasan Masyarakat".

Misi Rumah Sakit meliputi:

- a. menyelenggarakan pelayanan Rumah Sakit yang berkualitas;
- b. mewujudkan Rumah Sakit yang mudah dijangkau oleh seluruh masyarakat;
- c. menjamin terciptanya pelayanan Rumah Sakit yang berorientasi pada kebutuhan pasien; dan
- d. menciptakan tata kelola organisasi berdasarkan prinsip *good governance*.

#### Bagian Ketiga

##### Nilai

#### Pasal 4

- (1) Nilai/filosofi Rumah Sakit adalah Profesional, Empati, Responsif, Fokus, Efektif dan Efisien, Cermat dan *Team Work* yang disingkat "PERFECT";
- (2) Nilai/filosofi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bermakna:
  - a. Profesional yaitu segala kegiatan yang diselenggarakan di Rumah Sakit mengacu pada standar profesi dan mutu yang berlaku;
  - b. Empati yaitu adanya rasa kepedulian terhadap sesama dan lingkungan;
  - c. Responsif yaitu tanggap terhadap sesuatu yang membutuhkan tindakan atau keputusan segera;

- d. Fokus pada Pelanggan yaitu segala kegiatan diorientasikan untuk memenuhi harapan pelanggan;
  - e. Efektif dan Efisien yaitu seluruh kegiatan dilaksanakan dengan mempertimbangkan daya guna dan hasil guna;
  - f. Cermat yaitu setiap staf mengambil keputusan dan tindakan yang menguntungkan semua pihak; dan
  - g. *Team Work* yaitu segala kegiatan dikerjakan secara tim untuk meningkatkan daya guna dan hasil guna.
- Bagian Keempat

Motto

Pasal 5

Motto Rumah sakit yaitu "Pilihan Anda adalah Semangat Kami".

BAB III

TUJUAN, STRATEGI, DAN PROGRAM RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Tujuan

Pasal 6

Rumah Sakit bertujuan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan medik dasar dan spesialis dasar mencakup kesehatan anak, penyakit dalam, bedah serta kebidanan dan kandungan sesuai dengan standar yang berlaku, mudah dijangkau, berfokus pada pasien dan menerapkan prinsip tata kelola yang baik.

Bagian Kedua

Strategi

Pasal 7

Strategi Rumah Sakit yaitu mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia yang didukung oleh *stake holder* serta status sebagai Pengelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah untuk memenuhi standar pelayanan yang ditentukan sehingga terwujud pelayanan yang bermutu, prima dan unggul guna mempertahankan dan meningkatkan kepercayaan pelanggan dan/

atau pasien yang semakin sadar dan mampu dalam memelihara kesehatan.

### Bagian Ketiga Program

#### Pasal 8

Adapun program indikatif Rumah Sakit sebagai berikut:

- a. memenuhi kebutuhan sumber daya manusia sesuai jenis, jumlah dan kompetensinya;
- b. pemenuhan Peralatan sesuai dengan standar kebutuhan Rumah Sakit;
- c. mengoptimalkan standar sarana dan prasarana Rumah Sakit;
- d. mengoptimalkan pemasaran Rumah Sakit;
- e. meningkatkan mutu pengelolaan keuangan; dan
- f. menyelenggarakan penelitian kesehatan.

### BAB IV KEDUDUKAN RUMAH SAKIT

#### Pasal 9

Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Walikota di bidang pelayanan kesehatan.

#### Pasal 10

Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, meliputi pelayanan medik dasar dan spesialis dasar serta subspecialis sesuai kebutuhan masyarakat.





BAB V  
TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Tugas

Pasal 11

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna berupa pelayanan rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat, serta mendukung keberhasilan upaya kesehatan masyarakat melalui pendidikan, penelitian, dan upaya pelayanan kesehatan terpadu serta melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan ketentuan peraturan undang-undang dan tugas perbantuan yang diberikan oleh Pemerintah Daerah.
- (2) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

Bagian Kedua

Fungsi

Pasal 12

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (1), Rumah Sakit mempunyai fungsi menyusun kebijakan teknis, perencanaan, pengelolaan ataupun evaluasi, pembinaan dan penyelenggaraan pelayanan yang meliputi:

- a. pelayanan medis;
- b. pelayanan penunjang medik dan non medik;
- c. pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
- d. pelayanan rujukan;
- e. pendidikan dan pelatihan;
- f. penelitian dan pengembangan;
- g. penyelenggaraan rekam medis;
- h. pelayanan administrasi umum dan keuangan; dan
- i. pelayanan kesehatan kepada masyarakat.



BAB VI  
KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH DAERAH

Bagian Kesatu  
Kewenangan

Pasal 13

Kewenangan Pemerintah Daerah meliputi:

- a. menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, Peraturan Internal dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
- b. mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
- c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
- d. mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
- e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Bagian Kedua  
Tanggung jawab

Pasal 14

Pemerintah Daerah sesuai kewenangannya ikut bertanggung jawab atas kelangsungan, perkembangan dan kemajuan rumah sakit.

BAB VII  
PENGORGANISASIAN RUMAH SAKIT DAN STRUKTUR ORGANISASI

Pasal 15

- (1) Susunan organisasi Rumah Sakit, terdiri atas:
- a. Dewan Pengawas;
  - b. Direktur;
  - c. Bidang;
  - d. Bagian;
  - e. Seksi;
  - f. Sub Bagian;




- g. Satuan Pemeriksa Internal;
  - h. Komite;
  - i. Staf Medik Fungsional;
  - j. Instalasi;
  - k. Kelompok Jabatan Fungsional; dan
  - l. Unit.
- (2) Bidang Pelayanan terdiri atas:
- a. Seksi Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Rawat Inap;
  - b. Seksi Keperawatan dan Kebidanan rawat jalan dan rawat inap; dan
  - c. Instalasi.
- (3) Bidang Penunjang terdiri atas:
- a. Seksi penunjang medik;
  - b. Seksi penunjang nonmedik; dan
  - c. Instalasi.
- (4) Bidang Humas dan Penilaian Kinerja terdiri atas:
- a. Seksi hubungan masyarakat;
  - b. Seksi penilaian kinerja; dan
  - c. Instalasi.
- (5) Bagian Tata Usaha terdiri atas:
- a. Sub Bagian Umum dan kepegawaian;
  - b. Sub Bagian Perencanaan Program dan Pengembangan SDM;
  - c. Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi; dan
  - d. Instalasi .

#### Pasal 16

Bagan Struktur organisasi tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota Ini.

### BAB VIII DEWAN PENGAWAS Bagian Kesatu Organisasi

#### Pasal 17

- (1) Pembentukan dan susunan keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit ditetapkan dengan Keputusan Walikota.
  - (2) Anggota Dewan Pengawas terdiri atas unsur:
- 

- a. pejabat Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit;
  - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan Daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu:
- a. memiliki dedikasi dan memahami masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola Rumah Sakit, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan Daerah; dan
  - c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

## Bagian Kedua

### Pengangkatan dan Pemberhentian

#### Pasal 18

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola Rumah Sakit, kecuali untuk pengangkatan pertama kali pada waktu pembentukan Rumah Sakit sebagai BLUD.
- (3) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Walikota.
- (4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), apabila:
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
  - c. dipidana penjara karena melanggar ketentuan Peraturan perundang-undangan; dan/atau



d. melakukan kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya dalam melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Bagian Ketiga  
Ketua dan Sekretaris

Pasal 19

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Walikota atas usul Direktur.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Walikota mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur.
- (3) Tugas Ketua Dewan Pengawas meliputi:
  - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
  - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tata cara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit melalui Rapat Dewan Pengawas;
  - c. bekerjasama dengan Pengelola Rumah Sakit untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas. Bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
  - d. melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada huruf c, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Walikota dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas atas beban Rumah Sakit.
- (6) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas, sedangkan Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.



Bagian Keempat  
Tugas, Kewajiban, dan Wewenang  
Paragraf 1  
Tugas

Pasal 20

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakititan secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas mempunyai tugas:
  - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
  - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
  - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
  - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
  - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
  - h. mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan Peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2  
Kewajiban

Pasal 21

- (1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban:
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit;
  - c. memberi nasehat kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;



- d. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit kepada Pejabat Pengelola; dan
  - e. melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Walikota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e disampaikan sebagai berikut:
- a. laporan semester pertama paling lambat 30 (tiga puluh) hari setelah periode semester berakhir; dan
  - b. laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 (empat puluh) hari setelah tahun anggaran berakhir.
- (3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling sedikit memuat:
- a. penilaian terhadap Renstra, Rencana Bisnis Anggaran dan pelaksanaannya;
  - b. penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;
  - c. penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
  - d. permasalahan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah dan solusinya; dan
  - e. saran dan rekomendasi.
- (4) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait dengan:
- a. penurunan kinerja Badan Layanan Umum Daerah;
  - b. pemberhentian pimpinan Badan Layanan Umum Daerah sebelum berakhirnya masa jabatan;
  - c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
  - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (5) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan ayat (4) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.



Paragraf 3

Wewenang

Pasal 22

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit Umum dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola;
- d. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit;
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit Umum Daerah Mantri Raga terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola;
- f. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola untuk ditetapkan oleh Pemerintah Daerah; dan
- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.


BAB IX

RAPAT KERJA DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

Rapat Rutin

Pasal 23

- (1) Rapat rutin merupakan rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
  - (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk
- 



mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.

- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit sepuluh kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
  - a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

#### Bagian Kedua Rapat Khusus

##### Pasal 24

- (1) Rapat khusus merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
  - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
  - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit dua orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (duapuluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (5) Undangan rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.



Bagian Ketiga  
Rapat Tahunan

Pasal 25

- (1) Rapat Tahunan merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam satu tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Bagian Keempat  
Undangan Rapat

Pasal 26

Setiap rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.


Bagian Kelima  
Peserta Rapat

Pasal 27

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit atau dari luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

Bagian Keenam  
Pejabat Ketua

Pasal 28

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
  - (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.
- 

Bagian Ketujuh  
Kuorum

Pasal 29

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 (dua per tiga) dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, hari, dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Bagian Kedelapan  
Risalah Rapat

Pasal 30

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan/ditanda tangani oleh ketua Dewan Pengawas dalam waktu paling lama 14 (empat belas) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut yang berupa rekomendasi agar dilaksanakan oleh Rumah Sakit.

Bagian Kesembilan  
Pemungutan Suara

Pasal 31

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.



- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Bagian Kesepuluh  
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 32

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal (*Hospital By laws*) ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Bagian Kesebelas  
Peran Terhadap Staf Medis Fungsional

Pasal 33

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Staf Medis Fungsional untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, Falsafah dan Tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap Staf Medis Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi dalam Organisasi Komite Medik Rumah Sakit melalui Subkomite Kredensial, Subkomite Mutu Profesi dan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.



- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Bagian Kesepuluh  
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 32

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal (*Hospital By laws*) ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Bagian Kesebelas  
Peran Terhadap Staf Medis Fungsional

Pasal 33

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Staf Medis Fungsional untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, Falsafah dan Tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap Staf Medis Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi dalam Organisasi Komite Medik Rumah Sakit melalui Subkomite Kredensial, Subkomite Mutu Profesi dan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.



BAB X  
PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Pasal 34

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit merupakan seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi maupun Kepala Sub Bagian pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada Rumah Sakit.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
- (3) Direktur bertanggung jawab terhadap operasional Rumah Sakit kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (5) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Walikota.

BAB XI  
TUGAS POKOK PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu  
Direktur  
Paragraf 1  
Tugas dan Fungsi

Pasal 35

- (1) Direktur mempunyai tugas untuk memimpin pelaksanaan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur mempunyai kewajiban:
  - a. memimpin dan mengurus Rumah Sakit sesuai dengan tujuan Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
  - b. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
  - c. mengkoordinasikan penyusunan rencana dan program kerja Rumah Sakit;



- d. mengatur, mendistribusikan, dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
  - e. mengevaluasi, mengendalikan, dan membina pelaksanaan tugas bawahan;
  - f. memberikan petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
  - g. melaksanakan sistem pengendalian intern;
  - h. menilai hasil kerja bawahan dan mempertanggungjawabkan hasil kerja bawahan;
  - i. melaksanakan tugas kedinasan lain yang ditugaskan oleh atasan; dan
  - j. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Direktur Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan Rumah Sakit yang dibantu oleh Kepala Bidang dan Kepala Bagian sebagai berikut:
- a. membantu Walikota dalam melaksanakan tugasnya meliputi pembinaan umum, operasional, pelayanan di bidang kesehatan;
  - b. memberikan pelayanan prima di bidang pelayanan kesehatan;
  - c. mengelola dengan prinsip manajemen jasa usaha pelayanan dengan tidak melupakan fungsi sosial pelayanan kesehatan;
  - d. menjalin kerja sama dengan pihak ketiga atas persetujuan Walikota dalam rangka pelayanan di bidang kesehatan;
  - e. menerima bimbingan teknis dari instansi terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan; dan
  - f. menyusun laporan pelaksanaan tugas kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

#### Paragraf 2

#### Wewenang

#### Pasal 36

Direktur mempunyai wewenang untuk:

- a. memimpin dan mengelola Rumah Sakit sesuai dengan tujuan Rumah sakit dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. menggunakan, memelihara dan mengelola aset Rumah Sakit;



- c. mewakili Rumah Sakit baik di dalam dan di luar Pengadilan;
- d. menetapkan kebijakan anggaran modal dan operasional Rumah Sakit;
- e. menetapkan Kebijakan dan prosedur, menyetujui pendidikan, penelitian dan pengembangan para profesional di bidang kesehatan;
- f. mengembangkan usaha dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemerintah Daerah;
- g. menyiapkan Rencana Strategis, Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit;
- h. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi Rumah Sakit;
- i. mengusulkan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit lengkap dengan susunan jabatan dan rincian tugasnya untuk disetujui oleh Walikota;
- j. menyetujui kebijakan dan prosedur serta menyetujui pendidikan para profesional kesehatan dan penelitian;
- k. menetapkan hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan
- l. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala.

Paragraf 3  
Persyaratan

Pasal 37

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur sebagai berikut:

- a. seorang Dokter/Dokter Gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
- d. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Aparatur Sipil Negara.





Paragraf 4

Evaluasi

Pasal 38

- (1) Evaluasi/penilaian kinerja Direktur dilakukan oleh Walikota paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun.
- (2) Direktur Rumah Sakit merupakan Aparatur Sipil Negara menjadi pejabat pengguna anggaran/barang Daerah.

Bagian Kedua

Bidang Pelayanan

Pasal 39

Kepala Bidang Pelayanan Medik mempunyai tugas:

- a. menyusun rencana dan program kerja bidang pelayanan medik, keperawatan dan kebidanan;
- b. mengkoordinasikan rencana dan program kerja bidang;
- c. mengkoordinasikan para kepala seksi;
- d. memberi petunjuk dan bimbingan teknis serta pengawasan kepada bawahan;
- e. mengatur, mendistribusikan dan mengkoordinasikan tugas kepada bawahan;
- f. melaksanakan penerapan mekanisme pengaturan dan pengelolaan kegiatan pelayanan medik, keperawatan dan kebidanan;
- g. menyusun rencana kebutuhan sumber daya berupa sarana, prasarana, tenaga, peralatan medis dan kebutuhan lainnya;
- h. mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan di instalasi terkait;
- i. mengkoordinasikan penyusunan dan mengawasi pelaksanaan Peraturan Internal Staf Medis;
- j. mengkoordinasikan instalasi terkait lainnya untuk memberikan informasi/penjelasan dan meminta persetujuan (*informed consent*) atas tindakan medis yang dilaksanakan;
- k. menilai prestasi kerja bawahan dan bertanggungjawabkan hasil kerja bawahannya;
- l. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- m. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.



Paragraf 1  
Seksi Pelayanan Medik

Pasal 40

- (1) Kepala Seksi Pelayanan medik mempunyai tugas mengkoordinasikan seluruh kebutuhan pelayanan dan melaksanakan pemantauan, pengawasan serta penilaian terhadap penggunaan fasilitas di Instalasi Gawat Darurat, Kamar Operasi, Kamar Bersalin, Unit Neonatologi, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Penyuluh Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala seksi pelayanan medik mempunyai fungsi sebagai berikut:
  - a. perencanaan, pelaksanaan pengelolaan kebutuhan tenaga medis, para medis dan non medis;
  - b. menginventarisir peralatan dan bahan, yang benar dan sesuai dengan kebutuhan di lingkungan pelayanan medis;
  - c. mengkoordinasikan pelaksanaan pengelolaan kebutuhan pelayanan medis;
  - d. pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan prosedur kerja dan pelayanan di seluruh jajaran pelayanan medis bekerja sama dengan instalasi terkait;
  - e. pemantauan dan pengawasan penggunaan fasilitas pelayanan medis;
  - f. pembinaan dan pengembangan tenaga medis, paramedis nonperawatan dan nonmedis;
  - g. melakukan urusan ketatausahaan dan kerumahtanggaannya;
  - h. pengawasan dan pengendalian pengawasan pasien di instalasi yang terkait dengan pelayanan medik; dan
  - i. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan sesuai bidang tugasnya.

Paragraf 2  
Seksi Keperawatan dan Kebidanan

Pasal 41

- (1) Kepala Seksi Keperawatan dan Kebidanan melaksanakan tugas di bidang pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi asuhan keperawatan dan kebidanan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.



- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Seksi Keperawatan dan Kebidanan mempunyai fungsi:
- a. membantu Direktur menyusun rencana strategis Rumah Sakit;
  - b. melaksanakan semua program dan kegiatan sesuai dengan yang telah ditentukan;
  - c. mempelajari, menelaah, dan mempedomani peraturan perundang-undangan dan naskah dinas sesuai dengan tugas bidang keperawatan;
  - d. mengendalikan kegiatan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan, etika dan mutu keperawatan serta kebidanan;
  - e. menyusun bahan dan data, kebutuhan dan fasilitas pelayanan keperawatan dan kebidanan serta meningkatkan kualitas kompetensi tenaga paramedis;
  - f. menyiapkan bahan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat;
  - g. melakukan koordinasi dan kerja sama antar kepala bidang dalam rangka kelancaran pelaksanaan tugas;
  - h. mengawasi, menilai serta memberi petunjuk dan bimbingan kepada bawahan;
  - i. melaporkan hasil evaluasi dan pemantauan kegiatan kepada atasan; dan
  - j. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan sesuai bidang tugasnya.

**Bagian Ketiga**  
**Bidang Penunjang**

Pasal 42

- (1) Kepala Bidang Penunjang mempunyai tugas merencanakan dan mengkoordinasikan kegiatan di bidang penunjang medis dan nonmedis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Bidang Penunjang mempunyai fungsi:
- a. menyusun program kerja dan rencana kebutuhan yang berkaitan dengan berfungsinya pelayanan dan mantapnya pengelolaan di bidang penunjang medis dan nonmedis;
  - b. membagi tugas dan memantau pelaksanaan sesuai dengan lingkup tugas seksi masing-masing;
  - c. menggerakkan staf untuk melaksanakan pekerjaan secara terencana, tertib, teratur dan terpadu;



- d. menciptakan suasana kerja yang harmonis di lingkungan bidang penunjang medis dan nonmedis sehingga semua staf dapat bekerja dengan baik;
- e. melakukan koordinasi antar kepala seksi dalam rangka kelancaran pelaksanaan tugas;
- f. mengawasi, menilai serta memberi petunjuk dan bimbingan kepada bawahan serta unit pelaksanaan pelayanan fungsional dan instalasi pelayanan;
- g. melaksanakan semua program dan kegiatan sesuai dengan yang telah ditentukan;
- h. memberikan masukan dalam rangka menyusun rencana anggaran Rumah Sakit khususnya yang berkaitan dengan bidang penunjang medis dan non medis;
- i. mempelajari, menelaah dan mempedomani peraturan perundang-undangan dan naskah dinas sesuai dengan tugas bidang penunjang medis dan nonmedis; dan
- j. menyusun rencana kebutuhan pengembangan sumber daya manusia di bidang penunjang medis dan nonmedis sesuai dengan standar kompetensinya.

#### Paragraf 1

#### Seksi Penunjang Medik

#### Pasal 43

- (1) Kepala Seksi Penunjang Medik mempunyai tugas mengkoordinasikan seluruh kebutuhan pelayanan dan melaksanakan pemantauan, pengawasan dan penilaian terhadap penggunaan fasilitas di bagian pelayanan kefarmasian, laboratorium, radiologi, pelayanan bank darah, perawatan intensif untuk semua golongan umur dan jenis penyakit, gizi, sterilisasi instrumen dan rekam medik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Penunjang Medik mempunyai fungsi:
  - a. membantu kepala bidang menyiapkan bahan dan data dalam rangka penyusunan bahan rencana strategis;
  - b. menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan pengelolaan kebutuhan sumber daya manusia;



- c. menginventarisir peralatan dan bahan sesuai dengan kebutuhan di lingkungan penunjang medik;
- d. mengkoordinasikan pelaksanaan pengelolaan kebutuhan pelayanan penunjang medik;
- e. pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan prosedur kerja dan pelayanan di seluruh jajaran penunjang medis, bekerja sama dengan instalasi terkait; dan
- f. mengkoordinir pengelolaan administrasi pelayanan penunjang medik.

## Paragraf 2

### Seksi Penunjang Nonmedik

#### Pasal 44

- (1) Kepala Seksi Penunjang Nonmedik mempunyai tugas untuk mengoordinasikan seluruh kebutuhan pelayanan dan melaksanakan pemantauan, pengawasan dan penilaian terhadap penggunaan fasilitas di pelayanan *laundry*/linen, jasa boga/ dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, ambulans, sistem informasi dan komunikasi, pemulasaran jenazah, sistem penanggulangan kebakaran, pengelolaan gas medik dan pengelolaan air bersih sesuai ketentuan peraturan perundang undangan.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Penunjang Nonmedik mempunyai fungsi:
  - a. membantu kepala bidang menyiapkan bahan dan data dalam rangka penyusunan bahan rencana strategis;
  - b. menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan pengelolaan kebutuhan sumber daya manusia, menginventaris peralatan dan bahan yang benar sesuai dengan kebutuhan di lingkungan penunjang nonmedik;
  - c. mengkoordinasikan pelaksanaan pengelolaan kebutuhan pelayanan penunjang nonmedik;
  - d. pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan prosedur kerja dan pelayanan di seluruh jajaran penunjang nonmedik, bekerja sama dengan instalasi terkait;
  - e. mengkoordinir pengelolaan administrasi pelayanan penunjang non-medis;
  - f. melakukan kegiatan pendidikan dan pelatihan dalam rangka peningkatan mutu tenaga kesehatan dan pendidikan lainnya yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan; dan



- g. melaksanakan evaluasi kinerja pegawai dalam rangka meningkatkan kinerja pelayanan penunjang nonmedik Rumah Sakit.

Bagian Keempat  
Bagian Tata Usaha

Pasal 45

- (1) Bagian Tata Usaha mempunyai tugas menyelenggarakan ketatausahaan Rumah Sakit meliputi:
- a. administrasi umum;
  - b. pelaporan;
  - c. kerumahtanggaan, perlengkapan dan pengadaan
  - d. administrasi kepegawaian;
  - e. sistem perencanaan program dan pengembangan sumber daya manusia;
  - f. sistem informasi manajemen; dan
  - g. keuangan.
- (2) Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh seorang kepala bagian yang kedudukannya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Bagian Tata Usaha membawahi Sub Bagian Umum dan Kepegawaian, Sub Bagian Penyusunan Program dan Pengembangan Sumber Daya Manusia serta Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi.
- (4) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai fungsi:
- a. menyusun program kerja yang berkaitan dengan tugas Bagian Tata Usaha;
  - b. memantau pelaksanaan sesuai dengan lingkup tugas setiap sub bagian;
  - c. menggerakkan staf untuk melaksanakan pekerjaan secara terencana;
  - d. menciptakan suasana kerja yang harmonis di setiap sub bagian;
  - e. meneliti dan meneruskan surat keluar, surat masuk dan/ atau dokumen lainnya yang berkaitan dengan Rumah Sakit kepada atasannya;
  - f. melakukan telaah terhadap surat atau dokumen atau masalah untuk disusun alternatif pemecahan dan disampaikan kepada Direktur;
  - g. menyebarluaskan kebijakan Direktur atau atasannya di Rumah Sakit;
  - h. memberikan masukan dalam rangka menyusun rencana anggaran Rumah Sakit khususnya yang berkaitan dengan bagian umum dan kepegawaian, pengembangan sumber daya manusia dan keuangan;



- i. melaksanakan evaluasi penyusunan bulanan anggaran yang dikelola bagian umum dan kepegawaian, pengembangan sumber daya manusia dan keuangan;
- j. mengkoordinasikan dan pemeliharaan sarana atau peralatan yang ada di bagian umum dan kepegawaian, pengembangan sumber daya manusia dan keuangan;
- k. mengkoordinasikan pelaksanaan ketatausahaan Rumah Sakit mulai dari surat masuk, pengagendaaan surat, surat keluar dan kearsipan;
- l. menyusun bahan pembinaan dan petunjuk teknis tentang penataan administrasi Rumah Sakit;
- m. mengkoordinasikan pelaksanaan administrasi kepegawaian Rumah Sakit;
- n. mengkoordinasikan pemenuhan kebutuhan administrasi pelaksanaan pendidikan dan latihan bagi pegawai;
- o. mengkoordinasikan pelaksanaan kerumahtanggaan dan pengadaan Rumah Sakit;
- p. mengkoordinasikan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan administrasi terpadu Rumah Sakit; dan
- q. melaksanakan kegiatan lain sesuai dengan perintah Direktur dalam rangka tugas menyelenggarakan ketatausahaan Rumah Sakit.

#### Paragraf 1

#### Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

#### Pasal 46

- (1) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian bertugas untuk melaksanakan administrasi umum dan kepegawaian.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai fungsi:
  - a. menyusun rencana kerja di bidang administrasi umum;
  - b. menyusun petunjuk teknis pengelolaan administrasi;
  - c. melaksanakan administrasi umum Rumah Sakit;
  - d. penerimaan, pendistribusian dan pengiriman surat atau naskah dinas;
  - e. penyimpanan, pengaturan dan pemeliharaan arsip;
  - f. menyusun perencanaan keperluan alat tulis kantor;
  - g. menyusun perencanaan pemeliharaan gedung, ruangan, peralatan, pekarangan, kebersihan dan ketertiban Rumah Sakit;



- h. penyiapan kelengkapan untuk keperluan rapat dinas; pelaksanaan, pemantauan;
- i. pengumpulan dan pengolahan data serta dokumentasi Rumah Sakit;
- j. melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan administrasi umum dan penilain kinerja; dan
- k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai bidang tugasnya.

#### Paragraf 2

### Sub Bagian Penyusunan Program dan Pengembangan Sumber Daya Manusia

#### Pasal 47

- (1) Sub Bagian Penyusunan Program dan Pengembangan Sumber Daya Manusia mempunyai tugas melaksanakan kegiatan administrasi, menyusun perencanaan program dan kebutuhan pegawai, pengadaan, pengembangan dan peningkatan.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), kepala sub bagian penyusunan program dan pengembangan sumber daya manusia mempunyai fungsi:
  - a. membantu menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis di bidang kepegawaian, pendidikan dan pelatihan;
  - b. menyusun rencana, program kerja, kegiatan, laporan kinerja serta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas;
  - c. memimpin dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas sub bagian perencanaan program dan pengembangan;
  - d. mendistribusikan tugas, memberikan petunjuk dan arahan kepada bawahan;
  - e. memberikan saran, pendapat dan pertimbangan kepada atasan;
  - f. menyusun perencanaan kebutuhan, pengadaan, pengembangan dan penataan pegawai;
  - g. melaksanakan kegiatan urusan administrasi kepegawaian, pendidikan dan pelatihan;
  - h. menyelenggarakan dan memfasilitasi pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia Rumah Sakit;
  - i. memfasilitasi pengusulan proses administrasi kepegawaian serta orientasi kepada pegawai Rumah Sakit secara berkala;





- j. melakukan monitoring dan evaluasi kinerja sub bagian perencanaan program dan pengembangan sumber daya manusia;
- k. membina, mengawasi dan menilai kinerja bawahan; dan
- l. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai bidang tugasnya.

### Paragraf 3

#### Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi

#### Pasal 48

- (1) Kepala Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi mempunyai tugas di bidang keuangan dan akuntansi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, dan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Bagian Tata Usaha.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Sub Bagian Keuangan dan Akuntansi mempunyai fungsi:
  - a. membantu Direktur dalam menetapkan kebijakan dan program jangka panjang, menengah, maupun pendek sesuai dengan kebijakan dan program kesehatan, terutama dalam penyusunan perencanaan, akuntansi dan pengelolaan keuangan;
  - b. menyusun peraturan pelaksanaan penyusunan perencanaan, akuntansi dan pengelolaan keuangan;
  - c. mengambil keputusan dan tindakan terhadap hal yang berkaitan dengan kepentingan Rumah Sakit baik untuk keperluan di dalam maupun di luar Rumah Sakit sesuai kewenangannya;
  - d. merencanakan, mengelola dan mengevaluasi pelaksanaan administrasi keuangan dan akuntansi;
  - e. menyelenggarakan proses pencatatan, pelaporan dan penyajian laporan akuntansi Rumah Sakit;
  - f. menyusun prosedur tetap untuk setiap kegiatan di lingkungan bidang keuangan dan akuntansi;
  - g. mengkoordinasikan seluruh pelaksanaan kegiatan di bidang keuangan dan akuntansi mulai dari masukan, proses dan keluaran serta umpan balik sesuai standar pelayanan dan prosedur yang telah ditetapkan;
  - h. melakukan evaluasi terhadap kegiatan pelaksanaan dan pelayanan di bidang keuangan dan akuntansi untuk menyusun rencana perbaikan, pemantapan maupun pengembangan sebagai bahan pertimbangan kebijakan Direktur;



- i. mengadakan pembinaan dan memberi motivasi terhadap seluruh Pegawai untuk meningkatkan gairah dan disiplin kerja; dan
- j. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai bidang tugasnya.

#### Bagian Kelima

#### Bidang Hubungan Masyarakat dan Penilaian Kinerja

#### Pasal 49

- (1) Bidang Hubungan Masyarakat dan Penilaian Kinerja mempunyai tugas di bidang Hubungan Masyarakat dan Penilaian Kinerja.
- (2) Bidang Hubungan Masyarakat dan Penilaian Kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh seorang kepala Bidang yang kedudukannya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Hubungan Masyarakat dan Penilaian Kinerja mempunyai fungsi:
  - a. menyusun program kerja, rencana kegiatan dan rencana kebutuhan yang berkaitan dengan berfungsinya bidang pelayanan hubungan masyarakat dan penilaian kerja serta mantapnya pengelolaan di bidang humas dan penilaian kinerja;
  - b. membagi tugas dan memantau pelaksanaan sesuai dengan lingkup tugas seksi masing-masing;
  - c. menggerakkan staf untuk melaksanakan pekerjaan secara terencana, tertib, teratur dan terpadu;
  - d. menciptakan suasana kerja yang harmonis di lingkungan bidang hubungan masyarakat dan penilaian kinerja sehingga semua staf dapat bekerja dengan baik;
  - e. melakukan koordinasi antar kepala seksi dalam rangka kelancaran pelaksanaan tugas;
  - f. mengawasi, menilai serta memberi petunjuk dan bimbingan kepada bawahan;
  - g. melaksanakan semua program dan kegiatan sesuai dengan yang telah ditentukan;
  - h. memberikan masukan dalam rangka menyusun rencana anggaran Rumah Sakit khususnya yang berkaitan dengan bidang hubungan masyarakat dan penilaian kinerja;



- i. mempelajari, menelaah dan mempedomani peraturan perundang-undangan dan naskah dinas sesuai dengan tugas bidang hubungan masyarakat dan penilaian kinerja;
- j. mengkoordinasikan pelaksanaan ketatausahaan dan kerumahtanggaan di bidang hubungan masyarakat dan penilaian kinerja;
- k. melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan prosedur kerja dan pelayanan di seluruh jajaran seksi; dan
- l. melaporkan hasil evaluasi dan pemantauan pelaksanaan kegiatan kepada atasan.

Paragraf 1

Seksi Hubungan Masyarakat

Pasal 50

- (1) Kepala Seksi Hubungan Masyarakat mempunyai tugas melaksanakan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan evaluasi terhadap urusan pengolahan penyajian informasi tentang produk dan hasil kerja pelayanan Rumah Sakit serta kerja sama dengan pihak lain.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), kepala seksi hubungan masyarakat mempunyai fungsi:
  - a. menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis di bidang hukum dan kerja sama;
  - b. menyusun rencana, program kerja, kegiatan, laporan kinerja serta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas;
  - c. pengumpulan dan pengolahan data kehumasan, pemasaran sosial, publikasi dan hukum;
  - d. menyiapkan rancangan keputusan dan/atau Peraturan Direktur;
  - e. menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama dengan pihak lain;
  - f. melaksanakan koordinasi dengan pers;
  - g. mengkoordinasikan penanganan pasien terlantar;
  - h. mengkoordinasikan penanganan masalah hukum dan pengaduan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Rumah Sakit;
  - i. melayani permohonan perizinan praktek kerja bagi para murid atau mahasiswa institusi pendidikan;
  - j. pengelolaan daftar inventaris kehumasan Rumah Sakit;
  - k. pengelolaan klipring tentang tulisan ilmiah dan non ilmiah;
  - l. pengolahan hasil kuesioner dan penerbitan brosur dan *leaflet* Rumah Sakit;



- m. melaksanakan koordinasi kehumasan dengan seksi dan/atau unit kerja lain di lingkungan Rumah Sakit;
- n. melakukan monitoring dan evaluasi kinerja seksi hubungan masyarakat; dan
- o. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan sesuai bidang tugasnya.

Paragraf 2  
Seksi Penilaian Kinerja

Pasal 51

- (1) Kepala seksi penilaian kinerja mempunyai tugas mengkoordinir seluruh kegiatan yang berkenaan dengan evaluasi seluruh hasil kerja Rumah Sakit.
- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Seksi Penilaian Kinerja mempunyai fungsi:
  - a. menyiapkan bahan atau materi penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria penilaian pelaksanaan kebijakan dan program serta penyelenggaraan jaminan mutu;
  - b. melakukan pembinaan, pemantauan dan evaluasi kinerja pelaksanaan kebijakan dan program;
  - c. melakukan pembinaan penyelenggaraan jaminan mutu pengelolaan sumber daya Rumah Sakit;
  - d. melakukan pemantauan dan evaluasi manfaat produk Rumah Sakit;
  - e. menyusun laporan evaluasi kinerja pelaksanaan kebijakan dan program serta penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
  - f. mengimplementasikan standar garansi mutu produk kepada pelanggan di semua areanya untuk meningkatkan keyakinan dan kepuasan pelanggan terhadap produk Rumah Sakit;
  - g. melaksanakan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dan sebagai landasan untuk meningkatkan pelayanan pelanggan; dan
  - h. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugasnya.



Paragraf 3  
Instalasi Rumah Sakit

Pasal 52

- (1) Instalasi Rumah Sakit mempunyai tugas menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan, pendidikan dan pelatihan, serta pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan Instalasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (3) Instalasi Rumah Sakit dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional medis dan nonmedis dan bertanggung jawab kepada Direktur.

BAB XII  
SATUAN PEMERIKSA INTERNAL


Pasal 53

- (1) Satuan Pemeriksa Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur;
- (2) Satuan Pemeriksa Internal, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Satuan Pemeriksa Internal mempunyai tugas dan tanggung jawab meliputi:
  - a. melakukan kajian dan analisis terhadap rencana investasi Rumah Sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit yang lain;
  - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan Rumah Sakit;
  - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi:
    1. informasi penting Rumah Sakit terjamin keamanannya;
    2. fungsi sekretariat Rumah Sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif; dan

3. penyajian laporan Rumah Sakit memenuhi peraturan perundang-undangan.
  - d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Satuan Pemeriksa Internal berfungsi:
- a. unit monitoring yang bersifat independen untuk:
    1. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
    2. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
    3. melakukan analisis dan evaluasi efektif proses sesuai dengan prosedur pada semua bagian dan seksi kegiatan Rumah Sakit.
  - b. Satuan Pemeriksa Internal dalam melaksanakan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berdasarkan penugasan dari Direktur.

### BAB XIII KOMITE

#### Pasal 54

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, dan pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Pembentukan komite meliputi:
- a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum;
  - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI); dan
  - e. Komite Farmasi dan Terapi.
- 

- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

BAB XIV  
KOMITE MEDIK  
Bagian Kesatu  
Pengorganisasian Komite Medik

Pasal 55

- (1) Komite Medik merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk di rumah sakit.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.

Bagian Kedua  
Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik

Pasal 56

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Medik meliputi:
- a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di Rumah Sakit.
- (5) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Subkomite.

Bagian Ketiga  
Pemilihan Komite Medik

Pasal 57

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.




- (2) Sekretaris Komite Medik dan ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di Rumah Sakit.

#### Bagian Keempat

#### Tugas dan Fungsi Komite Medik

#### Pasal 58

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian meliputi:
    1. kompetensi;
    2. kesehatan fisik dan mental;
    3. perilaku; dan
    4. etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang *adekuat*;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
  - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik;
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan; dan
  - i. surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, Komite Medik memiliki fungsi meliputi:
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
- 



- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik Rumah Sakit; dan
  - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik, Komite Medik memiliki fungsi meliputi:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di Rumah Sakit; dan
  - d. pemberian nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

**Bagian Kelima**  
**Wewenang Komite Medik**


**Pasal 59**

Komite Medik mempunyai kewenangan meliputi:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

**Bagian Keenam**  
**Subkomite**

**Pasal 60**

- (1) Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di Rumah Sakit.
  - (2) Sub Komite yang ada di Rumah Sakit terdiri atas:
    - a. Subkomite Kredensial;
    - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
    - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- 

BAB XV  
SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 61

Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di Rumah Sakit melalui Subkomite Kredensial.

Bagian Kesatu

Pengorganisasian Sub komite Kredensial

Pasal 62

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri atas:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Subkomite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan oleh Direktur.
- (4) Instrumen kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) paling sedikit meliputi kebijakan Rumah Sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.
- (5) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (6) Subkomite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

Bagian Kedua

Tata Kerja Sub Komite Kredensial

Pasal 63

- (1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan oleh Rumah Sakit dengan dilengkapi bahan pendukung.



- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada Komite Medik.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
  - a. kompetensi:
    1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    2. kognitif;
    3. afektif; dan
    4. psikomotor;
  - b. kompetensi fisik;
  - c. kompetensi mental/perilaku; dan
  - d. perilaku etis;
- (5) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (6) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara:
  - a. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
  - b. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
  - c. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- (7) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (8) Subkomite Kredensial melakukan kredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa:
  - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (9) Bagi staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur.



- (10) Berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (9), Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

## BAB XVI SUBKOMITE MUTU PROFESI

### Pasal 64

Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui Subkomite Mutu Profesi.

### Bagian Kesatu Susunan Organisasi Subkomite Mutu Profesi

#### Pasal 65

Susunan organisasi Sub Komite Mutu Profesi terdiri atas:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

### Bagian Kedua Tata Kerja Subkomite Mutu Profesi

#### Pasal 66

- (1) Pelaksanaan audit medis dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu:
- a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di Rumah Sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis; dan
  - d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.

- (2) Langkah pelaksanaan audit medis sebagai berikut:



- a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. penetapan standar dan kriteria;
  - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - f. menerapkan perbaikan; dan
  - g. rencana reaudit.
- (3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis:
- a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
  - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka;
  - c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
  - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
  - e. Subkomite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Subkomite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai nara sumber dan peserta aktif;
  - f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Subkomite Mutu Profesi pertahun;
  - g. Subkomite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
  - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan
  - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai saran kepada Manajemen.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan:



- a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis; dan
- b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

## BAB XVII

### SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

#### Bagian Kesatu Peran dan Organisasi

##### Pasal 67

Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan staf medis dilakukan oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

##### Pasal 68

Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri atas:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

#### Bagian Kedua Tata Kerja

##### Pasal 69

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Subkomite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan:
  - a. peraturan internal Rumah Sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etika Rumah Sakit; dan
  - d. norma etika medis dan norma bioetika.
- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di Rumah Sakit;
  - b. prosedur kinerja pelayanan di Rumah Sakit;

- c. daftar Kewenangan Klinis di Rumah Sakit;
- d. kode etik kedokteran Indonesia;
- e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
- f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- g. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- h. standar prosedur operasional asuhan medis.

(3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

(4) Panel terdiri dari 3 orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:

- a. 1(satu) orang dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
- b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar Rumah Sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur atau Direktur terlapor.

(5) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, sebagai berikut:

a. sumber laporan:

1. perorangan:

- a) manajemen Rumah Sakit;
- b) staf medis lain;
- c) tenaga kesehatan lain atau tenaga nonkesehatan; dan
- d) pasien atau keluarga pasien.

2. nonperorangan:

- a) hasil konferensi kematian; dan
- b) hasil konferensi klinis.

b. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal antara lain:

- 1. kompetensi klinis;
- 2. penatalaksanaan kasus medis;
- 3. pelanggaran disiplin profesi;
- 4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di Rumah Sakit; dan
- 5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf Rumah Sakit yang dapat membahayakan pasien.

c. pemeriksaan:

- 1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;

2. melalui proses pembuktian;
3. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
4. terlapor dapat didampingi oleh personil dari Rumah Sakit;
5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

d. keputusan:

1. keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di Rumah Sakit;
2. dalam hal terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru; dan
3. keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Medik.

e. rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Subkomite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:

1. peringatan tertulis;
2. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
3. bekerja di bawah supervise dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis; dan
4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.

f. pelaksanaan Keputusan:

1. keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur oleh Ketua Komite Medik dalam bentuk rekomendasi; dan
2. Direktur melakukan eksekusi.

(6) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.

(7) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.





- (8) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.

BAB XVIII  
RAPAT KOMITE MEDIK  
Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 70

- (1) Rapat Komite Medik terdiri atas:
  - a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1(satu) bulan sekali;
  - b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan paling sedikit dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya *urgen*; dan
  - d. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir.
- (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 (lima belas) menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum.
- (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.
- (5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak.
- (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.
- (8) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usulan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.



- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.


Bagian Kedua  
Rapat Khusus

Pasal 71

- (1) Rapat khusus diadakan apabila:
- ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
  - ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh komite medik; dan
  - rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua pertiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kourum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komite medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus dilakukan 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat.

Bagian Ketiga  
Rapat Tahunan

Pasal 72

- (1) Rapat Tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Rapat Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota dan pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7(tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.
- 

BAB XIX  
KOMITE ETIK DAN HUKUM

Pasal 73

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban Rumah Sakit kepada semua unsur yang ada di Rumah Sakit meliputi:
  - a. kewajiban umum Rumah Sakit;
  - b. kewajiban Rumah Sakit terhadap masyarakat;
  - c. kewajiban Rumah Sakit terhadap staf;
  - d. menyelesaikan masalah *medico legal* dan etika Rumah Sakit; dan
  - e. melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum Sekretariat Daerah dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Daerah dalam menyelesaikan masalah *medico legal*.
- (2) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi:
  - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi *medico etiko legal*, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
  - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit; dan
  - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berdasarkan penugasan dari Direktur.



BAB XX  
KOMITE KEPERAWATAN  
Bagian Kesatu  
Organisasi

Pasal 74

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi nonstruktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Pasal 75

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri atas:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi ke dalam Subkomite.


Pasal 76

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Sekretaris dan Subkomite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

Bagian Kedua  
Tugas, Fungsi dan Wewenang

Paragraf 1  
Tugas dan Fungsi

Pasal 77

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur dalam melakukan Kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan.
  - (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi:
- 

- a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
- b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
- c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
- d. penggalan inovasi dan ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
- e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
- f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima haknya termasuk masalah hukum.

Paragraf 2

Wewenang

Pasal 78

Komite Keperawatan berwenang untuk:

- a. membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (panitia *ad hoc*) secara mandiri maupun bersama Bidang Pelayanan;
- b. mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- c. mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- d. membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
- e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Bagian Ketiga

Subkomite

Paragraf 1

Umum

Pasal 79

- (1) Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Subkomite yang ada di Rumah Sakit terdiri atas:
  - a. Subkomite Kredensial;

- b. Subkomite Mutu Profesi; dan
- c. Subkomite Etik dan Disiplin Profesi.


Paragraf 2  
Subkomite Kredensial

Pasal 80

- (1) Subkomite Kredensial mempunyai tugas:
  - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
  - b. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial;
  - c. merekomendasikan tahapan proses Kredensial;
  - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun; dan
  - f. membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Subkomite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc*, kepada semua komite keperawatan.

Paragraf 3  
Subkomite Mutu Profesi

Pasal 81

- (1) Subkomite Mutu Profesi mempunyai tugas:
    - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
    - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
    - c. melakukan audit asuhan keperawatan; dan
    - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
  - (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat(1), Subkomite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya Tim *adhoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.
- 


Paragraf 4  
Subkomite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 82

- (1) Subkomite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas:
  - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - b. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan Klinis; dan
  - c. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Subkomite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), komite keperawatan membentuk *team adhoc* baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja *team adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

Bagian Keempat  
Rapat Koordinasi Keperawatan

Pasal 83

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Pelayanan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
  - (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri atas:
    - a. rapat kerja;
    - b. rapat rutin;
    - c. rapat pleno; dan
    - d. sidang tahunan.
  - (3) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan rapat kerja keperawatan dengan ketentuan:
    - a. dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
- 

- b. dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dan dihadiri oleh sekretaris komite keperawatan, Subkomite, kasi keperawatan, panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan; dan
  - c. agenda rapat yaitu membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan rapat rutin keperawatan dengan ketentuan:
- a. dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh seksi keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan;
  - b. agenda rapat yaitu membahas masalah Keperawatan; dan
  - c. rapat dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Rapat pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c merupakan rapat pleno keperawatan dengan ketentuan:
- a. diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
  - b. rapat dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Subkomite dan Kepala Seksi Keperawatan; dan
  - c. agenda rapat yaitu membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- (6) Sidang tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d merupakan sidang tahunan keperawatan dengan ketentuan:
- a. diadakan satu kali dalam setahun;
  - b. dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan yang dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Kasi Keperawatan, Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
  - c. agenda sidang yaitu membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu; dan
  - d. keputusan yang diambil harus disetujui paling sedikit oleh 2/3 (dua pertiga) peserta yang hadir.

## BAB XXI

### KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

#### Pasal 84

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.




- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas:
- a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
  - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi Rumah Sakit;
  - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
  - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
  - e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, nonmedik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit; dan
  - h. menerima laporan atas kegiatan tim Pencegah dan Pengendali Infeksi dan membuat laporan berkala kepada Direktur.
- (3) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan badan non-struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang.

## BAB XXII

### KOMITE FARMASI DAN TERAPI

#### Pasal 85

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
- a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium Rumah Sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak terkait;
- 

- c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait di dalam Rumah Sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam kategori khusus; dan
  - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan nonstruktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang.

### BAB XXIII STAF MEDIS FUNGSIONAL

#### Pasal 86

- (1) Staf Medis Fungsional merupakan kelompok Dokter/ Dokter Gigi yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas:
- a. melaksanakan diagnosis;
  - b. melaksanakan pengobatan;
  - c. melaksanakan pencegahan akibat penyakit;
  - d. melakukan peningkatan dan pemulihan kesehatan;
  - e. melakukan penyuluhan; dan
  - f. mengadakan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Staf Medis Fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.



BAB XXIV  
KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL


Pasal 87

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri atas sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berada di lingkungan unit kerja Rumah Sakit sesuai kompetensinya.

BAB XXV  
UNIT PENJAMIN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Bagian Kesatu  
Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 88

- (1) Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk oleh Direktur.
  - (2) Susunan Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri atas:
    - a. ketua Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien;
    - b. koordinator:
      1. koordinator mutu klinik;
      2. koordinator mutu manajemen; dan
      3. koordinator keselamatan pasien.
  - (3) Masa tugas Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien pada Rumah Sakit selama 3 (tiga) tahun.
  - (4) Dalam pelaksanaan tugas Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien pada Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Direktur.
- 

Bagian Kedua


Tugas

Pasal 89

- (1) Ketua Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas:
- a. menyusun kebijakan dan strategi dan membuat program Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
  - b. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - c. mengevaluasi terhadap implementasi Standar Operasional Prosedur Pelayanan dan administrasi, program penjamin mutu serta menjalankan peran dan melakukan motivator, edukator, konsultasi, monitoring, evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;
  - d. menyusun dan mensosialisasikan laporan hasil pencapaian program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
  - e. menyusun jadwal besar kegiatan akreditasi nasional dan internasional;
  - f. memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
  - g. melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/ komite/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus pada pasien dan manajemen;
  - h. bersama-sama dengan bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit;
  - i. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan/atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
  - j. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam RCA (*Root Cause Analysis*) dan FMEA (*Failure Mode Effect Analysis*);
  - k. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKPRS PERSI; dan
  - l. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait:
    - 1) Kondisi Potensial Cedera (KPC);
    - 2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC);
    - 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC);,
    - 4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD); dan
    - 5) Kejadian Sentinel.
- (2) Koordinator Mutu Klinik mempunyai tugas:

- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
- b. mengevaluasi implementasi Standar Operasional Prosedur Pelayanan;
- c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
- d. menganalisis hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
- e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
- f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
- g. menghadiri rapat, pertemuan, *workshop* dan/atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
- h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
- i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu; dan
- j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.


(3) Koordinator Mutu Manajemen mempunyai tugas:

- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
  - b. mengevaluasi implementasi Standar Operasional Prosedur administrasi dan sumber daya;
  - c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
  - d. menganalisis hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
  - e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
  - f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
  - g. menghadiri rapat, pertemuan, *workshop* dan/atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
  - h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
- 

- i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali; dan
  - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (4) Koordinator Keselamatan Pasien mempunyai tugas:
- a. membuat rencana strategis dan menyusun panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
  - b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisis masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
  - c. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke Komite Keselamatan Kerja Rumah Sakit Persatuan Rumah Sakit Indonesia;
  - d. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel; dan
  - e. secara berkala membuat laporan kegiatan ke pimpinan Rumah Sakit.

## BAB XXVI TATA KERJA

### Pasal 90

- (1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross function approach*) secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas.
  - (2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
  - (4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.
- 

- (5) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.
- (6) Kepala Bidang, Kepala bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

## BAB XXVII

### PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

#### Bagian Kesatu

#### Tujuan Pengelolaan

#### Pasal 91

- (2) Pengelolaan Sumber Daya Manusia bertujuan untuk pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.
- (3) SDM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
  1. Tenaga Medis meliputi:
    - a. Dokter/Dokter Gigi tetap;
    - b. Dokter/Dokter Gigi Paruh Waktu; dan
    - c. Dokter/Dokter Gigi tamu.
  2. Tenaga Keperawatan dan Kebidanan meliputi:
    - a. Perawat; dan
    - b. Bidan.
  3. Tenaga Kesehatan Lainnya meliputi:
    - a. Apoteker;
    - b. Sanitarian;
    - c. Analis Laboratorium;
    - d. Radiografer;
    - e. Nutrisionis;
    - f. Psikolog;
    - g. Sarjana Kesehatan Masyarakat;
    - h. Keteknisian Medis;
    - i. Keterampilan Fisik;
    - j. Tenaga Teknik Biomedik; dan
    - k. Tenaga Kesehatan lainnya.



4. Tenaga Nonkesehatan
  - a. Manajemen Administrasi;
  - b. Teknik Informatika;
  - c. Sarjana Hukum;
  - d. Akuntan;
  - e. Teknik Mesin dan Kelistrikan;
  - f. Tenaga Perhotelan;
  - g. Tata Boga;
  - h. Satuan Pengamanan;
  - i. *Cleaning Service*; dan
  - j. Tenaga Nonkesehatan lainnya.


Bagian Kedua  
Pengangkatan Pegawai

Pasal 92

- (1) Pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau non-Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non pegawai negeri sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non pegawai negeri sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga  
Perpindahan Pegawai

Pasal 93

- (1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan non-Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Rumah Sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
  - (2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
    - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
    - b. masa kerja di unit tertentu;
    - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
    - d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
- 



- e. kondisi fisik dan psikis pegawai.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara perpindahan pegawai negeri sipil dan non pegawai negeri sipil di lingkungan Rumah Sakit ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keempat  
Pemberhentian Pegawai

Pasal 94


- (1) Pemberhentian pegawai berstatus pegawai negeri sipil dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus non pegawai negeri sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
- a. meninggal dunia;
  - b. atas permintaan sendiri;
  - c. mencapai batas usia 58 (lima puluh delapan) tahun kecuali tenaga ahli yang dibutuhkan;
  - d. perampangan organisasi Rumah Sakit;
  - e. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non pegawai negeri sipil;
  - f. tidak tersedia anggaran untuk memberi gaji kepada pegawai Non pegawai negeri sipil; dan/atau
  - g. melakukan pelanggaran kontrak dan tindakan melanggar hukum.

Pasal 95

- (1) Pengangkatan, perpindahan, dan pemberhentian pegawai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 92, Pasal 93, dan Pasal 94, dilakukan oleh Walikota.

BAB XXVIII  
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK  
Bagian 1  
Maksud Dan Tujuan


Pasal 96

- (1) Peraturan Internal Staf Medik dimaksudkan agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- 

- (2) Peraturan Internal Staf Medik bertujuan untuk:
- a. mencapai kerja sama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili di antara staf medis dengan Direktur;
  - b. mencapai sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
  - c. menciptakan tanggung jawab staf medik terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit; dan
  - d. memberikan dasar hukum bagi Mitrabestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

Bagian Kedua  
Kewenangan Klinis  
Paragraf 1  
Umum

Pasal 97

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur.
  - (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Surat Penugasan Klinis.
  - (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Subkomite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota Staf Medis Fungsional.
  - (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota Staf Medis Fungsional untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
  - (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) merupakan Kewenangan Klinis yang diberikan oleh Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit dengan menyesuaikan kondisi pelayanan Rumah Sakit kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
  - (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.
- 

Paragraf 2  
Proses Penilaian


Pasal 98

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis:

- a. pendidikan:
  1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
  2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. perizinan (lisensi):
  1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
  2. memiliki izin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi:
  1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal:
  1. riwayat disiplin dan etik profesi;
  2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan/atau alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
  5. memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. pengalaman di bidang keprofesian:
  1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
  2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Paragraf 3  
Pembatasan

Pasal 99

- (1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberikan rekomendasi kepada Direktur agar Kewenangan Klinis anggota Staf Medis Fungsional dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Subkomite Kredensial.
- 

- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan dalam hal anggota Staf Medis Fungsional tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.
- (3) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota Staf Medis Fungsional setelah terlebih dahulu:
  - a. ketua Staf Medis Fungsional mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. ketua komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada ketua Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinik, etika dan disiplin profesi medis anggota Staf Medis Fungsional yang bersangkutan;
  - c. Subkomite Kredensial berhak memanggil anggota Staf Medis Fungsional yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan; dan
  - d. Subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Paragraf 4  
Pencabutan

Pasal 100

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila:
  - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena tidak berkompeten; atau
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.



Paragraf 5  
Pengakhiran

Pasal 101

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis:
  - a. habis masa berlakunya; atau
  - b. dicabut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100 ayat (2).


BAB XXIX  
PENUGASAN KLINIS

Pasal 102

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis dari Direktur berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan oleh Komite Medik.
- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis maka seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

BAB XXX  
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 103

- Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri di luar Peraturan Internal Staf Medis yang meliputi:
- a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien; dan
  - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai.
- 

## BAB XXXI

### PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

#### Pasal 104

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya.
- (2) Waktu perubahan Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun.
- (3) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik Rumah Sakit.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur.


## BAB XXXII

### KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS

#### Pasal 105

- (1) Setiap pegawai Rumah Sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur/kepala bidang pelayanan medis.

#### Pasal 106

- (1) Hak pasien yang dimaksud merupakan hak pasien sebagaimana yang terdapat di dalam ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan.
  - (2) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar mengenai:
    - a. keadaan kesehatan pasien;
    - b. rencana terapi dan alternatifnya;
    - c. manfaat dan resiko masing-masing pilihan tindakan;
    - d. prognosis; dan
    - e. kemungkinan komplikasi.
- 


BAB XXXIII

HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN, DOKTER DAN RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 107

- (1) Hak pasien meliputi:
- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
  - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
  - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
  - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
  - j. mendapatkan informasi yang meliputi diagnose dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
  - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
  - l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
  - m. menjalankan ibadah sesuai dengan agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
  - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
  - o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- 

- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit jika Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban Pasien meliputi:

- a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, pengobatan dan hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
- c. mengikuti rencana pengobatan yang diadviskan oleh dokter termasuk instruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain;
- d. memberlakukan staf Rumah Sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan Rumah Sakit;
- e. menghormati privasi orang lain dan barang milik Rumah Sakit;
- f. tidak membawa alkohol, obat-obatan, dan senjata yang tidak mendapat persetujuan ke dalam Rumah Sakit;
- g. menghormati bahwa Rumah Sakit merupakan area bebas rokok;
- h. mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
- i. tidak membawa barang berharga dan membawa hanya barang yang diperlukan selama berada di Rumah Sakit;
- j. memastikan bahwa kewajiban finansial atas asuhan pasien sebagaimana termuat dalam kebijakan Rumah Sakit dengan melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;
- k. bertanggung jawab atas tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokter; dan
- l. memenuhi hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.






Bagian Kedua  
Hak dan Kewajiban Dokter

Pasal 108

- (1) Hak dokter meliputi:
  - a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - c. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
  - d. menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- (2) Kewajiban Dokter meliputi:
  - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
  - b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
  - c. merahasiakan informasi pasien;
  - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali ada orang lain yang bertugas dan lebih berkompeten; dan
  - e. menambah dan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Bagian Ketiga  
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 109

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi:
    - a. menentukan jumlah, jenis dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
    - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
    - c. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
    - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
    - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- 

- f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan; dan
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi:

- a. memberikan informasi tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;



- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan Peraturan internal Rumah Sakit;
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

#### BAB XXXIV

#### KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

##### Pasal 110

- (1) Dokumen regulasi Rumah Sakit yang menjadi acuan untuk melaksanakan kegiatan berdasarkan hierarki terdiri atas:
  - a. kebijakan;
  - b. pedoman/panduan; dan
  - c. prosedur/standar operasional prosedur.
- (2) *Review* dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya sebelum diterbitkan menjadi kewenangan Kepala Bagian Tata Usaha Rumah Sakit.
- (3) *Review* dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan menjadi kewenangan Kepala Bidang Pelayanan Rumah Sakit.
- (4) Proses dan frekuensi *review* serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun sekali dan/atau apabila terdapat perubahan atas peraturan perundang-undangan.
- (5) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (6) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarki struktural.

- (7) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan di tempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (8) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar Rumah Sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan dokumen melalui catatan formulir *Master List* Dokumen Eksternal.
- (9) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur tentang Retensi dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (10) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan *master list* yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha.

BAB XXXV  
KERJA SAMA / KONTRAK

Pasal 111

- (1) Direktur menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerja sama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
  - a. subjek kerja sama/kontrak;
  - b. objek kerja sama/kontrak;
  - c. ruang lingkup kerja sama/kontrak;
  - b. hak dan kewajiban para pihak;
  - c. jangka waktu kerja sama/kontrak;
  - d. pengakhiran kerja sama/kontrak;
  - e. keadaan memaksa; dan
  - f. penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/ fiat para pejabat yang berwenang yaitu:




- a. kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarki pelayanan;
  - b. kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarki administrasi sumber daya.
- (5) Kepala Bidang Pelayanan Rumah Sakit berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a.
  - (6) Kepala Bagian Tata Usaha Rumah Sakit berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b.
  - (7) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (4) kemudian diberi nomor oleh para pihak.
  - (8) Penandatanganan kerja sama/kontrak dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
  - (9) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa;
    - a. uang;
    - b. surat berharga;
    - c. barang;
    - d. pendidikan dan pelatihan;
    - e. hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya; dan/atau
    - f. nonmaterial berupa keuntungan.
  - (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (9) huruf a berupa uang harus menjadi pendapatan Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - (11) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (9) huruf c berupa barang harus dicatat sebagai aset Rumah Sakit secara proporsional sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - (12) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (9) huruf e berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang di dalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
  - (13) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai dengan hirarki pejabat yang berwenang.
  - (14) Jika hasil evaluasi kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (13) dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para



pejabat secara berjenjang tetap menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

BAB XXXVI  
PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN  
Bagian Kesatu  
Perencanaan

Pasal 112

- (1) Rumah Sakit menyusun dokumen perencanaan anggaran dan rencana strategis Bisnis Rumah Sakit.
  - (2) Rencana strategis bisnis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian 5 (lima) tahunan dan proyeksi keuangan 5 (lima) tahunan Rumah Sakit.
  - (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan.
  - (4) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah Sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
  - (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
  - (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisis dan faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
  - (7) Rencana pencapaian 5 (lima) tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
  - (8) Proyeksi keuangan 5 (lima) tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- 

Bagian Kedua  
Penganggaran

Pasal 113

- (1) Rumah Sakit menyusun dokumen anggaran dan Rencana Bisnis yang berpedoman kepada rencana strategis Rumah Sakit.
- (2) Penyusunan rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara/Daerah dan sumber pendapatan Rumah Sakit lainnya.

Pasal 114

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113, memuat:
  - a. kinerja tahunan berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;
  - c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan
  - e. perkiraan harga;
  - f. anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognosa laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (*forward estimate*);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Pasal 115

- (1) Rencana bisnis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud Pasal 112 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.

- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan Rumah Sakit.

## BAB XXXVII

### AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

#### Bagian Kesatu

##### Akuntansi

#### Pasal 116

- (1) Rumah Sakit menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan Rumah Sakit harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dan dikelola secara tertib.
- (3) Rumah Sakit menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (5) Rumah Sakit mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.
- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan akuntansi Rumah Sakit digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

#### Bagian Kedua

##### Pelaporan dan Pertanggungjawaban

#### Pasal 117

- (1) Laporan keuangan Rumah Sakit terdiri atas:
  - a. laporan neraca;





- b. laporan operasional;
  - c. laporan arus kas;
  - d. laporan realisasi anggaran; dan
  - e. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.
  - (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - (4) Setiap triwulan Rumah Sakit menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
  - (5) Setiap semesteran dan tahunan Rumah Sakit wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri atas laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Pemerintah Daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

## BAB XXXVIII

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

#### Bagian Kesatu

#### Pembinaan dan Pengawasan

#### Pasal 118

- (1) Pembinaan teknis Rumah Sakit dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (2) Pengawasan Operasional Rumah Sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah Direktur.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit selain dilakukan oleh Walikota, Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua  
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 119

- (1) Perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit diajukan oleh Direktur kepada Walikota sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi Rumah Sakit.
- (3) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Walikota dan dipublikasikan oleh Kepala Seksi Hubungan Masyarakat Rumah Sakit.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur Rumah Sakit dilaksanakan berdasarkan petunjuk teknis mengenai penilaian prestasi kerja pegawai negeri sipil dilaksanakan melalui Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit dilakukan setiap tahun oleh Walikota dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam rencana strategis bisnis dan rencana bisnis anggaran.
- (7) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah setiap tahun disampaikan kepada Walikota.
- (8) Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Rumah Sakit berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai pedoman penyusunan penetapan kinerja dan pelaporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah.

BAB XXXIX  
TUNTUTAN UMUM

Pasal 120

- (1) Apabila ada tuntutan yang diajukan berupa kesalahan yang berkaitan dengan institusi, Rumah Sakit bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti Standar Operasional Prosedur.
- (2) Dalam hal tuntutan yang diajukan berupa kesalahan yang berkaitan dengan individu, Rumah Sakit tidak bertanggung jawab selama

kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti Standar Operasional Prosedur yang diberlakukan.

BAB XXXX  
KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 121

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Peraturan Walikota ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan persetujuan Walikota Tarakan sesuai dengan ketentuan Peraturan perundang-undangan
- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan Rumah Sakit ditetapkan oleh Direktur dengan persetujuan Walikota Tarakan sesuai dengan Peraturan perundang-undangan

BAB XXXXI  
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 122

Seluruh ketentuan yang berkaitan dengan Badan Layanan Umum Daerah dalam peraturan Walikota ini akan berlaku apabila Peraturan Walikota tentang Badan Layanan Umum Daerah telah ditetapkan.

BAB XXXXII  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 123

Pada saat Peraturan Walikota ini mulai berlaku, maka Peraturan Walikota Tarakan Nomor 14 Tahun 2015 tentang Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Umum Kota Tarakan (Berita Daerah Kota Tarakan Tahun 2015 Nomor 52) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.



Pasal 124

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.  
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan  
Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Tarakan.

Ditetapkan di Tarakan  
Pada tanggal 13 Februari 2017  
WALIKOTA TARAKAN,



SOFIAN RAGA

Diundangkan di Tarakan  
Pada tanggal 13 Februari 2017  
Plt. SEKRETARIS DAERAH KOTA TARAKAN,



FIRMANANUR

BERITA DAERAH KOTA TARAKAN TAHUN 2017 NOMOR 168

No	Nama	Jabatan	Paraf
1	Drs. Firmananur, MSi	Plt. Sekda	
2	Hendra Arfandi, AP,MSi	Asisten Pemerintahan dan Kesra	
3	Dison, S.H	Kabag. Hukum	
4	dr. Joko Haryanto	Direktur	